LA

FIÈVRE DE CROISSANCE

SES RAPPORTS AVEC LA

DIATHÈSE PURULENTE

PAR

Le Docteur Edouard DUFRESNE

Commandeur de l'ordre de Saint-Grégoire,
Médecin de l'hôpital de Plainpalais,
Ancien Président de la Société Médicale et de la Société de Géographie de Genève,
Membre de la Société Médicale de Chambéry et de l'Académie Chablaisienne, etc.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. DAVY, SUCCESSEUR DE A. PARENT
52, RUE MADAME ET RUE CORNEILLE, 3

1888



LA

FIÈVRE DE CROISSANCE

SES RAPPORTS AVEC LA

DIATHÈSE PURULENTE

LA

FIÈVRE DE CROISSANCE

SES RAPPORTS AVEC LA

DIATHÈSE PURULENTE

PAR

Le Docteur Edouard DUFRESNE

Commandeur de l'ordre de Saint-Grégoire,
Médecin de l'hôpital de Plainpalais,
Ancien Président de la Société Médicale et de la Société de Géographie de Genève,
Membre de la Société Médicale de Chambéry et de l'Académie Chablaisienne, etc.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. DAVY, Successeur de A. Parent
52, RUE MADAME ET RUE CORNEILLE, 3

1888

LA

FIÈVRE DE CROISSANCE

SES RAPPORTS AVEC LA

DIATHÈSE PURULENTE

I

Les maladies des os chez les enfants et les adolescents sont depuis quelques années l'objet de travaux importants. Ces affections qui, tout d'abord, par les conclusions de la carie et de la nécrose, semblaient exclusivement dévolues au domaine de l'intervention chirurgicale devaient incomber nécessairement à l'appréciation des médecins dès qu'elles ont été considérées dans le mouvement morbide des maladies si longtemps méconnues et mal définies qui les produisent d'ordinaire.

Aux médecins qui, sous l'impulsion du mémoire de J. P. Tessier (1), ont adopté la constitution de la diathèse purulente comme espèce morbide, revient assurément le mérite d'avoir placé dans leur véritable milieu pathologique, c'est-à-dire dans la description réelle de la maladie dont elles relèvent, une série d'affections jusqu'alors éparses et isolées. Les auteurs les étudiaient séparées, n'ayant pas saisi les points de contact que devaient mettre en évidence une nosographie plus large et plus intelligente.

Le rapprochement établi entre la diathèse purulente

(1) Journal *l'Expérience*. Paris, 1838.

des opérés et la fièvre puerpérale fut le premier trait de lumière. Toutefois la constitution de la maladie ne fut définitive qu'alors qu'il fût démontré que la diathèse purulente pouvait se produire *spontanément* avec le cortège entier de ses symptômes et de ses lésions en dehors de toute intervention traumatique ou puerpérale. La description de la diathèse purulente spontanée mettait à néant les systèmes mécaniques et hydrauliques jugés indispensables pour expliquer la formation des collections purulentes périphériques des membres et les abcès métastatiques des viscères.

Ces faits dits spontanés, si longtemps contestés, ont joué un rôle capital dans l'histoire si incidentée, si compliquée de polémique de la diathèse purulente. C'est par eux, en dernier lieu, que la diathèse purulente a été introduite sur le domaine de la pathologie infantile où nous la suivons aujourd'hui.

II

Les incidents pathologiques de la croissance ne sont assurément pas un sujet neuf. Les médecins de tous les temps ont fait la part de l'influence du développement de la taille dans la pathologie de l'enfance. Les traités spéciaux d'Underwood, de Richard, de Nancy, de Rilliet et Barthez, de Bouchut, sans oublier nos institutaires classiques Van Swieten et Borsieri entre autres, renferment tous, soit des considérations sur les incidents particuliers qui signalent la croissance, soit des remarques plus précises à propos des maladies qui affectent directement le squelette, comme le rachitisme et la scrofule, soit encore des observations sur l'influence possible de la

fièvre typhoïde, des fièvres éruptives et des autres maladies aiguës à ce moment de la vie.

Il y a environ trente ans, au premier abord, sans aucune préoccupation de ce sujet de la croissance, des chirurgiens français ont entrepris une série de travaux sur les maladies des os qui ont réalisé d'importants progrès. Le premier en date est celui du professeur Gerdy, sur l'ostéite, qui eut une influence si décisive sur l'étude de la marche de la carie et de la nécrose. Puis se succédèrent rapidement les travaux de Gosselin sur *les ostéites inflammatoires et infectieuses*, sur l'*ostéite épiphisaire;* ceux de Chassaignac sur l'*ostéo-myélite spontanée et diffuse;* ceux de Klose, de Breslau, sur *le décollement des épiphyses* par suite d'une ostéomyélite ou *méningo ostéo-phlébite des os longs.*

Plus tard, vinrent les beaux mémoires du professeur Ollier sur les mêmes phlegmasies, complétés par de curieuses études sur les déformations des os qui leur sont consécutives. Le professeur Verneuil, le Dr Saint-Germain, bien d'autres encore, ont suivi la même voie. Entre ces travaux, celui du professeur Lannelongue sur l'*ostéo-myélite aiguë pendant la croissance* doit être distingué à cause de l'abondance des observations.

Sauf celui du professeur Lannelongue, la plupart de ces travaux ne visaient point précisément la période de croissance. Gosselin et Chassaignac traitent des ostéites chez les adultes. C'est par l'analyse statistique des observations que l'on a commencé à établir des rapports étiologiques entre l'adolescence et la fréquence de ces maladies du squelette. Les débuts épiphysaires des ostéomyélites avaient été remarqués et l'on avait signalé une prédisposition dans l'activité nutritive du tissu osseux à cette période de l'existence.

Un professeur agrégé de la Faculté de Paris, le Dr Bouilly, a fait faire un pas décisif à cette question en formulant nettement : 1° que la croissance chez les jeunes sujets peut être signalée par des mouvements fébriles reconnaissant pour cause des poussées congestives vers les épiphyses dans le voisinage des articulations. 2° Que ces poussées congestives sont le degré le plus atténué de l'ostéomyélite chez les enfants.

Allant encore plus avant, le Dr Bouilly va jusqu'à donner pour terme possible et comme expression dernière de *la fièvre de croissance chez les adolescents*, la pyohémie et les conclusions les plus complètes des maladies infectieuses, c'est-à-dire pour nous la diathèse purulente la plus compliquée d'affections multiples dans les membres et dans les viscères (1).

Le Dr Revillod, professeur à la Faculté de Genève, adopte en son entier la synthèse proposée par M. Bouilly, il la fortifie par des faits qui lui sont personnels. Toutes les lésions du squelette, toutes les déterminations purulentes connues dans les muscles, dans les vaisseaux, dans les articulations, dans les viscères, il les croit possibles dans l'espèce morbide nouvelle qu'il propose de créer et qu'il nomme *ostéopathie des adolescents* (2).

A cette synthèse déjà excessive et qui pour être justifiée réclame, à notre sens, quelques tempéraments, M. Revillod

(1) Bouilly, mémoire publié dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*. Paris, 1879. Voir aussi un mémoire publié à la suite d'une observation du Dr Guillier dans la *Gazette des hôpitaux*. Paris, 1883.

(2) Ostéopathie des adolescents par le professeur Revillod. Mémoire publié dans la *Revue médicale de la Suisse romande* n° du 15 octobre 1887.

ajoute une intention difficile à réaliser : celle de distinguer dans l'entité morbide qu'il voudrait constituer une première période dite médicale et une seconde dans laquelle le malade ne serait comptable que de l'intervention du chirurgien.

Avec le Dr Saint-Germain (1) nous croyons que l'intervention chirurgicale ne saurait être limitée à une période spéciale. Elle peut être utile, nécessaire même, dès le début aussi bien qu'à toutes les périodes de la maladie. Même au point de vue immédiatement pratique, la proposition du Dr Revillod doit être modifiée. Le nosographe qui s'applique à décrire une espèce morbide sera plus exigeant encore, car il réclame à juste titre le droit de juger dans leur ensemble tous les actes de la maladie et dans la continuité de leur évolution.

Sous le titre de *Documents pour servir à l'étude de la diathèse purulente*, nous avons publié dans ce recueil (2) un mémoire qui traitait justement des maladies du squelette pendant la période de l'adolescence. Ce travail, qui s'appuyait sur une série d'observations, accorde à la période de croissance une influence étiologique considérable ; mais loin de conclure à une synthèse aussi concentrée que le Dr Revillod, je revendiquais au contraire, dans le tableau pathologique qui caractérise cette période de croissance, la présence possible de plusieurs états morbides distincts.

Avec Chassaignac, avec le professeur Gosselin, nous avons admis : 1° des ostéites ou ostéomyélites hypérémiques avec tendance à la suppuration ; des phlegmasies idiopathiques

(1) *Chirurgie des enfants.* Leçons cliniques professées à l'hôpital des Enfants-Malades. Paris, 1884.

(2) *Art médical,* nos de février et de mars 1886.

franches ; 2° des ostéomyélites dites infectieuses qui ne sont pas autre chose pour nous que des diathèses purulentes spontanées.

A ce propos nous nous sommes efforcé de dissiper l'équivoque qui se perpétue dans la science, depuis plus de quarante ans, au sujet de ces cas de diathèse purulente qui se produisent en dehors du traumatisme et de l'état puerpéral.

Dans le travail qui va suivre nous nous proposons : 1° de présenter une description rapide de la fièvre de croissance telle que la conçoivent le Dr Bouilly et le professeur Revillod, nous réservant de compléter le tableau en y introduisant quelques affections trop étroitement, à notre sens, liées au mouvement de la croissance pour en être séparées.

2° Une seconde partie sera consacrée à une étude de l'ostéomyélite, de la myosite et des affections articulaires, décrites aujourd'hui sous le nom de pseudo-rhumatisme infectieux. Nous démontrerons que ces affections ne sauraient être séparées de la diathèse purulente et que le fait de se produire spontanément dans l'adolescence n'autorise pas à les constituer en maladie à part.

III

Toute la tradition médicale s'accorde à dire que les phénomènes pathologiques de la période de croissance sont souvent caractérisés par un mouvement fébrile d'un rythme particulier dans lequel interviennent des douleurs d'un type spécial aussi.

Ce mouvement fébrile est très variable, très capricieux. Tantôt c'est un mouvement continu qui, pour la durée,

varie de quelques heures à deux ou trois jours. Il s'arrête pour reprendre après quelque temps, quelques semaines, même plusieurs mois. Pendant deux ou trois ans les sujets sont comptables de ces poussées fébriles. Quand la crise fébrile dure plusieurs jours, la rémittence, une pseudo-intermittence interviennent habituellement dans la fièvre continue. Rien d'ailleurs de réglé pour le moment d'apparition, pas davantage dans la durée de ces faux accès. L'incertitude du type fébrile a porté quelques observateurs (1) à constater pour cette fièvre spéciale: 1° une forme aiguë ; 2° une forme aiguë prolongée ; 3° une forme traînante. Ces distinctions ont peu d'importance. Ici, c'est la variété, le caprice avec une durée incertaine, qui caractérisent, avant tout, ce mouvement fébrile sans type réglé.

Certaines violences, symptomatiques au début, peuvent en imposer. De la céphalalgie, des épistaxis, du délire, font penser à l'*éphémère*, à la synoque, à la typhoïde, aux mouvements fébriles courts, incohérents des vermineux. L'examen de la température donne quelques renseignements. Elle s'écarte peu de la normale et y revient brusquement.

Limitant notre appréciation à ces premiers signes, il est évident pour nous que, si l'on n'y prend garde, bien souvent des fièvres éphémères seront confondues avec la fièvre de croissance, telle que MM. Bouilly, Guillier, Revillod et Reclus la présentent. Combien d'individus qui n'ont grandi que sous le coup de feu d'accès d'éphémères, n'ayant éprouvé que la courbature générale qui accompagne un accès de fièvre. Ces attaques d'éphémères ont souvent lieu

(1) Reclus. *Gazette des hôpitaux.* Paris, 1887.

au printemps. De là, la coutume de les attribuer à un coup de soleil.

Il en est de même vraisemblablement de la fièvre synoque, cette fièvre continue tenue en si grande importance dans l'ancienne pyretologie. La synoque débute à l'ordinaire sans prodromes, par une grande fièvre qui affecte le type rémittent et se termine au bout de huit jours aussi brusquement qu'elle a commencé. Notre jeune et distingué confrère, le Dr Marc Jousset dans un travail récent (1) a fixé l'attention sur ces analogies. Il n'y a pas jusqu'à la présence des *taches ardoisées* dont il n'ait suivi la trace dans la synoque et dans la description du Dr Reclus.

Cette fièvre synoque a eu la fortune de tenter à plusieurs reprises l'école organicienne qui cherchait pour elle une cause, c'est-à-dire, dans son langage, une lésion. C'est dans cet ordre d'idées que le Dr Marotte a décrit une fièvre synoque péripneumonique. Le Dr Bouley n'a-t-il pas soutenu la gageure qu'il ne fallait pas voir dans la synoque autre chose que les phases d'évolution d'une légère pleurésie. La synoque persiste quand même : elle ne sera pas absorbée par la fièvre de croissance.

Nous attribuerons de l'importance aux douleurs. Par leur nature, leur siège, leurs modalités spéciales unies au mouvement fébrile, elles donnent une note très caractéristique au tableau. Il y en a deux catégories. Les unes sont spontanées, parfois très vives, jusqu'à arracher des cris au malade. Elles procèdent par élancées. Elles siègent un peu partout, à la tête, sur le rachis, dans la continuité des os longs, ou par crampe à la partie moyenne de la

(1) *Art Médical*, décembre 1887.

jambe ou de la cuisse. Un siège d'élection pour ces douleurs ce sont les approches des articulations, surtout des épiphyses. Pas d'enflure, pas même de l'œdème autour de ces points douloureux : tout au plus une légère rougeur.

Une seconde catégorie de douleurs, plus caractéristique encore de ces fièvres de croissance, ce sont celles que l'on provoque par le toucher. Ces douleurs affectent la précision des points névralgiques. Le siège d'élection est encore la région des épiphyses, surtout vers l'extrémité des os longs. L'extrémité inférieure du fémur, celle du tibia, sont les plus fréquemment atteintes. L'humérus et le poignet plus rarement. Les apophyses épineuses de la colonne vertébrale n'en sont pas exemptes. Elles ne siègent presque jamais sur les os courts.

C'est pendant ces périodes si indéterminées du mouvement fébrile que l'on voit se produire des allongements de la taille, souvent extraordinaires, autant par leurs dimensions que par leur rapidité.

Inutile d'insister sur les conséquences immédiates de ces poussées de croissance, sur l'état de faiblesse, d'anémie, de fatigue énorme qui caractérise ces jeunes malades pendant des périodes indéfinies.

IV

Cette fièvre de croissance n'a rien en soi de diathésique ni de constitutionnel. Elle se présente à l'ordinaire chez des jeunes gens en bonne santé jusqu'alors. L'évolution de la taille s'accomplit plus ou moins rapide. Le sujet sort de là en bon état, oubliant vite quelques douloureux épisodes et fournissant une carrière favorable. Nous retrouverons tout à l'heure le même caractère propre, *sui generis*,

essentiel, s'il est permis de parler ainsi, sur le terrain *particulier* de l'ostéopathie, alors que nous étudierons les ostéomyélites de la période de croissance. Les auteurs qui traitèrent de ces ostéites dans les premiers temps, Chassaignac et Gosselin entre autres, furent souvent tentés d'infliger à ces maladies le caractère scrofuleux. Il n'en était rien. Nous serons moins affirmatifs à l'égard de la goutte. A travers les troubles pathologiques qui se concentrent sur cette période si mouvementée de la croissance. Il faut donner une place à des souffrances de la tête et de l'estomac, à des palpitations de cœur qui trahissent à l'avance le trait goutteux dans la constitution du jeune malade.

Ces céphalées de la croissance combinées avec un état gastrique sont de véritables migraines. Elles ne durent qu'un jour, qu'une demi-journée même, mais elles affectent des retours périodiques, réguliers ou non. Ce syndrome, assez fréquent chez des enfants délicats, qui d'ailleurs peuvent être fort intelligents, dénote à l'avance des dispositions hémorrhoïdaires. Elles n'aboutiront que plus tard, mais elles marquent d'une empreinte spéciale la circulation hépatique et gastro-intestinale. Des palpitations de cœur se substituent parfois aux migraines. A l'approche de la menstruation, ces dispositions qui caractérisent les enfants des goutteux deviennent chez les jeunes filles de véritables difficultés, surtout si la plasticité du sang fait défaut (1).

Ces palpitations de cœur avec bruit valvulaire et souffle chloroanémique sont dans la croissance une complication moins fréquente, mais beaucoup plus grave que les

(1) Frédault. *Des hémorrhoïdes*. Paris, 1867.

migraines. Ce sont là des états du cœur que l'on n'a pas toujours le droit de qualifier comme purement nerveux, encore qu'ils soient comptables d'exacerbations intermittentes. Il faut voir ici des souvenirs d'endocardites ou de cardobronchites de l'enfance, par conséquent, des dispositions au rhumatisme individuelles ou héréditaires. Quand la croissance est terminée, on voit parfois ces palpitations, ces céphalées migraineuses, ces états gastriques cesser ou tout au moins s'atténuer considérablement, surtout si les hémorrhoïdes se déclarent.

Etendant plus avant encore les prévisions, il n'est pas possible de ne pas faire intervenir, dans les phénomènes de la croissance, ces céphalées compliquées ou non de vertiges, qui, tout à coup, ou graduellement entravent le travail intellectuel chez les jeunes sujets les mieux disposés. Ils prennent un livre, ils ne peuvent lire pendant plus d'une minute sans fatigue, s'ils persévèrent, surviennent des douleurs intolérables fréquemment combinées avec des troubles oculaires.

La croissance terminée après un an, deux ans, trois ans même de repos intellectuel le sujet retrouve ses facultés.

L'étude de ces états singuliers a grandi en importance depuis les discussions récentes sur le surmenage scholaire. — Comme nous ne faisons qu'effleurer ces états cérébraux, dépendants de la croissance, encore qu'elle soit d'un haut intérêt, nous nous interdirons d'aborder cette question d'étiologie. Aussi bien fallait-il les indiquer pour conserver au sujet toute son ampleur. Il importait surtout de ne pas dissimuler les perspectives, les attaches lointaines avec les maladies constitutionnelles ou diathésiques qui, dans le reste de la carrière, peuvent devenir la formule définitive de la santé.

V

Nous touchons à un point décisif de la synthèse de MM. Bouilly et Revillod. A vrai dire, en nosologie rigoureuse, on devrait en rester là, eu égard à la fièvre de croissance. Tout au contraire, avec ces messieurs, nous arrivons au moment où le sujet prend de plus en plus d'importance, car c'est celui où ils font entrer les affections du squelette dans le mouvement morbide de la fièvre de croissance.

Le point de jonction qui va servir de base de transition, ce sont les épiphyses ou plutôt les douleurs fixées autour des extrémités des os longs, dans le voisinage des articulations. Nous avons décrit leurs modalités si variées. On voit comment, dans l'esprit des auteurs, s'est opéré le rapprochement entre de simples douleurs et un état inflammatoire ; dans un certain nombre de cas la transition a pour elle les plus grandes probabilités, mais à l'instant nous dirons avec autant de franchise : Combien d'adolescents ont enduré la fièvre de croissance et les névralgies épyphisaires, dont le squelette n'a subi aucune atteinte. D'autre part il ne faudrait pas vouloir établir le préjugé que les enfants seuls peuvent être affectés d'ostéomyélite : on n'en est plus à compter les observations qui ne concernent que des adultes.

Des remarques étiologiques intéressantes ont été groupées par nos auteurs pour appuyer leur synthèse.

La cause occasionnelle la plus importante, la plus significative est la *fatigue*. La fatigue sous toutes ses formes : travail disproportionné avec les forces, travail prématuré, marches forcées, excès dans le sport, la chasse,

la danse et tous les exercices du corps, fatigue combinée avec les privations, les chagrins : voilà la cause invoquée dans la plupart, pour ne pas dire dans toutes les observations de fièvre de croissance, d'ostéomyélite des adolescents ou de diathèse purulente spontanée.

Pour prouver que la fatigue en excès n'est point une cause banale et qu'elle exerce une influence rapide et délétère sur l'organisme il n'y a qu'à se souvenir de ces animaux de boucherie tués après une marche violente et prolongée dont la chair détermine une sorte d'empoisonnement. Les chasseurs se gardent de manger la viande du cerf couru pendant de longues heures et sacrifié après épuisement en pleine tétanie musculaire. Les exemples de militaires succombant à la fatigue suraiguë après des marches forcées ne sont que trop connus ; celui des ouvriers sédentaires contraints par nécessité d'adopter un autre genre de travail, un travail manuel plus pénible, celui des enfants prématurément surmenés dans les fabriques : abondent dans les matériaux d'études répandus partout.

M.Revillod a publié, sur cette question de la fatigue (1), un mémoire conçu dans un esprit très médical. Pourquoi faut-il que, dans son travail, il y ait à signaler une lacune ; son silence absolu sur les innombrables faits de diathèse purulente spontanée qui ont passé sous ses yeux (2) (3).

Surviennent les explications physiologiques.

Voici ce que dit M. Bouilly : « Le travail exagéré pro-

---

(1) *La fatigue*, par le professeur Revillod. Genève, 1880.

(2) *De la diathèse purulente*, Mémoire publié par la Société médicale de Genève, par le Dr Ed. Dufresne, 1850.

(3) Milcent. Remarques et observations sur la diathèse purulente. Paris, *Gaz. médicale*, 1845.

duit au niveau des zones épiphysaires fait pénétrer tout à coup dans l'économie des produits de désassimilation que les émonctoires ordinaires sont insuffisants à éliminer assez rapidement et dont l'accumulation dans le sang produit une infection momentanée avec de la fièvre et ses conséquences. Ne peut-il pas se produire par la suractivité nutritive de la moelle osseuse un poison autochtone dont la rétention donnerait lieu aux accidents en question. »

M. Revillod propose des explications analogues. « Chez les adolescents, dit-il, la suractivité épiphysaire, crée une imminence morbide. Une cause, la fatigue vient troubler la nutrition physiologique de l'os. L'équilibre est rompu, les incidents pathologiques commencent. Il y a donc une fatigue osseuse qui lance dans la circulation les déchets d'une désassimilation insuffisamment élaborée et qui se traduit, cliniquement, par les symptômes du typhus osseux.

Ici nous entrons dans le domaine de l'hypothèse. Nos auteurs n'échappent pas à la tendance universelle. Ils s'efforcent de rendre compte de la manière dont ils conçoivent les phénomènes. La réserve est assurément permise en présence de ce concours d'analyses chimiques, de faits observés et d'inductions imaginatives. Toutefois il y a à retenir de cette série d'hypothèses un fait évident : c'est qu'au moment de la période de croissance il se produit, dans les qualités du sang, dans les sécrétions des glandes, dans les modifications physiques et chimiques du tissu osseux ; tout un ensemble de circonstances physiologiques : atmosphère de prédispositions éminemment favorable aux états morbides que nous étudions.

IV

Les manifestations épiphysaires ont déplacé notre champ d'étude : nous voici dans le domaine propre de l'*ostéopathie*. Il ne s'agit plus de simples poussées congestives vers les extrémités des os, mais de déterminations positives, durables, capables d'envahir en tout ou en partie les pièces les plus importantes du squelette. Pour nous ces déterminations osseuses sont des faits d'anatomie pathologique, des lésions. Pour les apprécier à leur juste valeur, il importe avant tout de les placer dans le mouvement morbide spécial qui les a engendrées et auquel elles demeurent subordonnées. Ainsi le veulent les lois de la nosographie qui s'imposent pour la description des espèces morbides. Pour nous, une lésion n'est pas la cause d'une maladie, elle n'en est que le symptôme, la conclusion, le *caput mortuum* ; ce qui ne veut pas dire qu'à travers les altérations fonctionnelles, une lésion anatomique ne puisse devenir un symptôme très important, même caractéristique.

Cette partie de notre mémoire sera un travail de critique autant qu'une étude de nosographie. C'est une des difficultés de ce sujet des ostéites qu'il ait été introduit dans la science par des faits d'anatomie pathologique, par des conclusions de maladies. Il en est résulté que, pendant longtemps, l'on n'a vu que les os et les incidents immédiats qui découlent de leur présence.

De là encore ce fait que ces maladies sont entrées tout d'abord dans le domaine de la chirurgie et qu'elles furent au début trop strictement étudiées au point de vue des décisions exigées par l'imminence des opérations.

Qu'on lise dans le traité des maladies chirurgicales de Boyer le chapitre *Nécrose* (1), qu'on lise sur le même sujet le mémoire du docteur Mayor père, de Genève, si riche d'observations pratiques, sur les indications opératoires et les incidents d'évolution déterminés dans le tissu osseux par la présence des séquestres (2). Dans ces travaux et ceux des contemporains, très peu de renseignements sur les faits pathologiques antérieurs à la formation de ce séquestre : tout au plus un rappel aux états constitutionnels classiques, la syphilis, la scrofule, le scorbut. La leçon clinique consacrée par Graves à la périostite ne dit pas autre chose.

Il faut arriver à Gerdy. Ce chirurgien, nous l'avons déjà dit, a pour la première fois décrit l'ostéite; il le fait en broussaissien systématique ; mais il établit ce fait, confirmé par les études subséquentes, c'est que le tissu osseux est comptable de phlegmasies congestives d'abord, puis phlegmoneuses comme les autres tissus.

Les beaux travaux de Chassaignac, de Gosselin, de Girardès, d'Ollier ont eu certes une influence considérable ; ils ont constitué l'histoire des ostéites épiphysaires et de l'ostéomyélite. Ils ont découvert l'évolution des phénomènes les plus importants et commencé à en fixer l'étiologie. Mais encore bien qu'ils aient élargi le sujet, leurs travaux se ressentent toujours du côté étroit du point de départ. Ils manquent de portée nosologique. La notion exacte de la maladie fait défaut.

Autre caractère de cette période historique : ces travaux

---

(1) Quatrième édition. Paris 1831.

(2) *De la Nécrose*, par le Dr Mayor père. Mémoire publié dans la collection des travaux de l'Institut genevois.

sur l'ostéomyélite écrits par tant d'auteurs différents s'espacent sur une longue série d'années. Le mémoire de Chassaignac date de 1853; c'était alors le temps où se donnaient carrière les explications mécaniques imaginées pour rendre compte des suppurations disséminées; — on sait si elles furent nombreuses. Tour à tour règnent la théorie de la résorption, celle de la phlébite, la plus tenace entre toutes; les embolies et l'endocardite. Enfin à ces systèmes, aujourd'hui plus ou moins abandonnés, succède la doctrine microbienne des parasites venus du dehors. L'ostéomyélite est classée au premier rang des maladies dites infectieuses.

Si l'on veut bien se souvenir que la plupart de ces auteurs ne connaissaient pas ou ne voulaient pas admettre la diathèse purulente spontanée dont relèvent ces cas d'ostéomyélite, on peut se rendre compte de la confusion qui a régné dans ce vaste sujet et qui l'obscurcit encore.

VII

La synthèse de M. Bouilly (ostéopathie de M. Revillod) embrasse toutes les ostéites ou ostéomyélites qui peuvent se rencontrer chez les adolescents dans la période de la croissance. Ces messieurs n'établissent entre elles aucune distinction spécifique; il semble qu'ils n'aient visé qu'une seule maladie. Nous verrons dans le chapitre suivant qu'il ne saurait en être ainsi. En attendant cette discussion, la clarté exige que les ostéites qui incombent à notre sujet soient divisées en deux catégories.

La première contient les ostéomyélites aiguës et phlegmoneuses. La seconde les ostéomyélites symptomatiques

de la diathèse purulente que les écrivains contemporains désignent sous le nom d'*infectieuses*.

L'ostéomyélite aiguë inflammatoire tendant à la suppuration est admise par les principaux auteurs français depuis 1853. Cette phlegmasie, qui a été l'objet d'un si grand nombre de travaux et a reçu des noms si divers, tend à être reconnue comme une espèce morbide : décision à laquelle nous n'avons pas d'objections; il y a là tous les éléments qui constituent une maladie distincte.

Le caractère dominant de l'ostéomyélite est d'être indépendante de toute influence diathésique : c'est une phlegmasie franche idiopathique. La tendance à la guérison est encore un de ses caractères ; caractère qui s'exprime et se maintient à l'ordinaire à travers l'évolution totale de la maladie encore que souvent elle soit fort longue. La moindre périostite phlegmoneuse ne dure pas moins de plusieurs semaines. L'évolution de la nécrose d'un os long comme le fémur consécutive à une ostéomyélite peut se prolonger pendant plusieurs années.

L'usage paraît s'établir, de donner le nom d'ostéomyélite (1) à ces lésions osseuses, pour peu qu'elles entreprennent plus avant que le périoste. Il faut savoir cependant que le point de départ est très variable : c'est tantôt la moelle, tantôt le périoste, tantôt la région épiphysaire du voisinage des articulations. De là autant de noms donnés à la maladie que de points de départ assignés par les observateurs. Il est permis de dire que l'ostéite débute souvent par plusieurs points à la fois, par la moelle, par les épiphyses, par le périoste surtout, l'inflammation se

(1) Surtout depuis le mémoire du professeur Lannelongue sur l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance. Paris 1879.

propageant d'un point à l'autre par les couches des vaisseaux capillaires.

L'opinion qui voudrait attacher un caractère de gravité spécial au fait que le canal médullaire est atteint n'est pas partagée par tous les auteurs. L'évolution physiologique des os marche de dehors en dedans. Il est vraisemblable que l'ostéite procède de même. Le processus inflammatoire débute fort souvent par les parties molles.

Nous nous abstenons de décrire ici les symptômes des périostites aiguës inflammatoires. Les débuts des ostéomyélites complètes sont parfois très graves. Il peut survenir du délire, du coma, de la diarrhée, une fièvre rémittente avec frissons quotidiens, tout un ensemble qui fait penser à une méningite ou à une fièvre typhoïde — L'erreur a été commise plus souvent qu'on ne pourrait croire.

Dans notre Mémoire de 1886 se trouvent deux observations qui sont des types d'ostéite phlegmoneuse.

Première observation. — C'est la relation d'un cas de périostite aiguë de l'allure la plus franche. Il s'agissait d'un jeune paysan âgé de 14 ans, surmené par un travail prématuré. La maladie dura dix semaines après l'ouverture d'un abcès qui fut suivi de l'élimination de huit lamelles osseuses provenant de la surface antérieure du tibia.

Deuxième observation. — Il s'agit d'un cas des plus réguliers d'ostéomyélite terminée par une nécrose du fémur. T. C., âgé de 15 ans, était au collège, en province, sans causes préliminaires appréciables, sa croissance avait été normale, ce jeune homme fut pris d'une grande fièvre avec coma, délire et vomissements suivis de diarrhée. Les médecins hésitèrent pendant longtemps entre une méningite et une fièvre typhoïde. Au bout de trois semaines la fièvre rémittente tomba et une tuméfaction parut à la cuisse gauche. Alors seulement une ostéomyélite du fémur

fut reconnue. La maladie entra dans la voie chronique de la formation d'une nécrose. Début en février 1883 ; en 1886 première trépanation suivie d'une seconde en 1887. La guérison paraît définitive.

Les cas tels que ce dernier sont les plus fréquents. Les variétés en sont infinies, soit pour la durée, soit pour la violence des symptômes, soit pour le siège, soit pour l'étendue de la lésion osseuse. Ce sont les faits classiques pour étudier l'évolution des nécroses. Les médecins appelés au début hésitèrent pendant trois semaines sur le diagnostic. Plusieurs voudront, vu les symptômes graves qui signalèrent ce début, classer ce cas parmi les ostéomyélites infectieuses. Ces symptômes graves ayant disparu avec le mouvement fébrile et l'abaissement de la température ; la localisation unique de la lésion osseuse, l'absence de collections purulentes périphériques; enfin la tendance constante vers une solution heureuse à travers les incidents de la nécrose tranchent en faveur d'une phlegmasie simple.

A la suite de ces ostéomyélites passant à la nécrose, l'on a observé une série d'altérations et de déformations du tissu osseux. Ces lésions déterminent des modifications dans l'allure des membres et leur attitude qui ont été l'objet de travaux importants. C'est au professeur Ollier, de Lyon, et à quelques-uns de ses élèves que la chirurgie moderne est redevable des plus remarquables.

Ces retentissements éloignés de l'ostéite sur l'accroissement des os sont très variés. Ils sont avant tout le fait de l'ostéomyélite aiguë phlegmoneuse. Dans la forme infectieuse (diathèse purulente) la marche des lésions osseuses est si modifiée, elle devient si incohérente, si rapide, si funeste le plus souvent qu'il est très difficile, pour ne pas dire impossible, d'apprécier nettement ces résultats.

Spillmann (1) dans son mémoire discerne très bien la différence spécifique qui existe dès le début entre l'ostéomyélite inflammatoire même grave qui conduit à la nécrose et la diathèse purulente qu'il nomme ostéite typhoïde. Le même auteur établit un diagnostic différentiel entre l'ostéite aiguë et la scrofule.

Tous ces avis sont à prendre en considération. Ils confirment la notion de l'ostéomyélite, espèce morbide distincte qui tend à prévaloir de plus en plus.

On a décrit un microbe propre à l'ostéomyélite (2), lequel serait le même que celui du furoncle. M. Pasteur l'aurait aussi trouvé dans l'eau de Seine. Il ressort de la lecture des travaux sur cette question que les auteurs ont avant tout appliqué leurs recherches aux cas dits infectieux comptables de la diathèse et de l'infection purulente. — Nous reviendrons sur ce sujet.

VIII

L'existence de l'ostéomyélite aiguë comme espèce morbide distincte est établie. La preuve de son importance dans la série des maladies de la période de croissance n'est plus à faire. La diathèse purulente n'y doit pas tenir une place moins considérable.

Il est passé en coutume chez la plupart des auteurs contemporains de considérer la diathèse purulente comme une complication possible de l'ostéomyélite des adolescents, comme une simple aggravation de l'état du patient; on allègue qu'un *élément infectieux* est intervenu ; qu'il

(1) Archives méd. 1873, — Des différentes formes de l'ostéite aiguë.

(2) Cornil et Babès, — Manuel de bactériologie.

modifie le caractère de la maladie et la trouble par l'imminence des perspectives les plus dangereuses.

Cette progression devait agréer à MM. Bouilly et Revillod. Ils n'ont pas manqué de l'adopter.

Il faut voir dans cette interprétation la trace d'habitudes anciennes déjà dans la science. On sait la domination des théories mécaniques inventées pour expliquer l'infection purulente. Les théories ont vieilli. Leur crédit a diminué, même celui de la phlébite. La trace en demeure cependant; les médecins (1) ont peine à s'en déprendre.

La vogue est aux théories microbiennes et à l'hypothèse des portes d'entrée. Les agents infectieux ne sont plus des miasmes ambiants mal définis, peuplant un milieu atmosphérique. Les maîtres d'aujourd'hui s'efforcent de démontrer à l'origine de la plupart des maladies une altération constitutionnelle suscitée par l'introduction dans l'organisme d'un agent morbigène qui infecte à la manière d'un poison.

Plus précis encore, les bactériologistes affirment que l'élément morbigène n'est pas autre qu'un être vivant, un animalcule qui déterminerait dans l'économie des phénomènes analogues à ceux de la fermentation.

Loin de nous la pensée de contester la présence des

---

(1) On trouvera un exemple récent de cette attitude à l'endroit des doctrines dans les études du Dr Siredey sur les maladies puerpérales. Ce livre donne la mesure des progrès considérables accomplis depuis vingt ans sur ce domaine si important de la puerpéralité. Quant aux théories, M. Siredey n'en réprouve aucune. Depuis la phlébite et les embolies; depuis l'hypothèse de l'infection et des poisons morbides jusqu'à l'apport des bactériologistes : il réclame une part de vérité pour chacune d'entre elles, c'est le syncrétisme concluant à la confusion absolue.

microbes dans la diathèse purulente : c'est une question d'anatomie pathologique et d'investigation microscopique à traiter à part, mais ce que nous ne pouvons accepter c'est l'interprétation des faits que l'on édifie au moyen des microbes et des ferments.

Non, la diathèse purulente n'est pas une simple complication survenant soudain dans le cours d'une ostéomyélite, d'une myosite, d'une phlébite ou de toute autre affection : pas davantage un épisode qui viendrait se surajouter à une maladie existante.

Il y a cinquante ans on imagina d'expliquer la diathèse purulente après un traumatisme par le mélange du pus avec le sang; un frisson violent dénonçait le passage. La théorie d'aujourd'hui, celle des microbes entrant subitement en scène, à un moment psychologique, n'est pas plus légitime. Qu'on veuille bien y réfléchir, il ne s'agit ici ni de cas traumatiques ni de cas puerpéraux ; nous traitons de l'ostéomyélite de l'adolescence, c'est-à-dire pour parler le langage forcé de la situation, de cas absolument spontanés, d'ostéites parfaitement abritées; comme l'a dit M. Gosselin, où trouver la porte d'entrée ?

Chez les enfants la diathèse purulente ne présente pas toujours comme affections dominantes une ou plusieurs ostéites. Il est des cas où il n'y a aucune lésion du squelette ; c'est pourtant la même maladie.

Pour apprécier les faits avec plus d'exactitude, plaçons-les en présence des formes de la diathèse purulente. Tessier et ses élèves ont décrit cinq formes de cette maladie : 1° Une forme bénigne. 2° Une forme commune. 3° Une forme ataxique ou foudroyante. 4° Une forme fixe ou mono-affective. 5° Une forme apyrétique ou état purulent.

Nous n'avons à traiter ici que de trois de ces formes,

Dans nos documents de 1886, l'observation n° I présente le type le plus complet de cette forme commune. En voici les principaux traits :

Il s'agit d'un écolier de 12 ans. Sans avoir trop rapidement grandi, D... fut pris de grande fièvre, douleur dans la jambe droite, rougeur érysipélateuse, enflure de la totalité de la jambe. L'épiphyse interne de l'articulation tibio-tarsienne très rouge et douloureuse; tuméfaction sans rougeur autour du poignet droit. (Temp. 39).

La maladie s'établit avec son mouvement fébrile rémittent. Les affections purulentes se multiplient. L'ostéomyélite du tibia se confirme. La collection purulente prend la forme d'un phlegmon diffus qui s'étend jusqu'au trochanter. Une troisième collection purulente est signalée dans l'aisselle gauche ; — une quatrième avec communication avec le poumon sous la clavicule droite. La maladie dure deux mois et demi.

Autopsie (1). — Ostéomyélite complète du tibia droit. Quatre énormes collections purulentes périphériques. Epanchement séro-purulent dans la plèvre gauche. Les bassinets des deux reins renferment du pus ainsi que la vessie.

Impossible de produire un exemplaire plus complet, plus concluant de diathèse purulente spontanée. Les cas tels que celui-ci ne se comptent plus ; ils abondent dans les traités spéciaux et les recueils périodiques depuis 50 ans; surtout d'après les travaux de l'Ecole française sur cette matière (2).

---

(1) Le professeur Gosse, de Genève, a procédé à l'autopsie réclamée par la justice. Il reconnaît une ostéomyélite du tibia avec métastases purulentes. Le professeur Zahn, qui était présent, caractérise la maladie sous le nom d'ostéomyélite infectieuse primitive avec métastases purulentes secondaires.

(2) Dance, Bouillaud, J.-P. Tessier, Chassaignac, Gosselin, Guérin, Verneuil, Lannelongue, Sezary, etc.

Dans le mémoire du professeur Lannelongue se trouvent vingt-quatre observations. Onze malades guéris dont un de forme bénigne qui s'est tiré d'affaire malgré des localisations multiples. Les dix autres doivent être reportés dans les périostites et les ostéomyélites aiguës phlegmoneuses.

Sur les treize morts deux seront réclamés par la forme foudroyante.

Les onze autres, tous des cas de forme commune, conformes pour la marche, pour le type fébrile, pour la multiplicité et la variété des lésions à l'observation dont nous avons présenté le tableau abrégé.

Pas l'ombre de différence entre notre jeune malade et les cas spontanés chez les adultes. La seule que l'on pourrait invoquer ici, c'est la fréquence des lésions du squelette chez les sujets de 8 à 15 ans. Jugera-t-on cette différence suffisante pour constituer une maladie à part au profit de la pathologie infantile. Pas davantage de différence entre les cas spontanés, les faits traumatiques et les puerpéraux.

Considérées dans cette vue d'ensemble les ostéomyélites dites infectieuses apparaissent sous leur véritable jour. Elles ne sont plus que des affections symptomatiques, des lésions en tout subordonnées au génie propre de la maladie qui leur imprime un cachet particulier. Impossible de les soustraire, non plus que les autres phlegmasies symptomatiques, à cette inéluctable loi, qui est un des caractères de la diathèse purulente, le trouble, le dérèglement introduit dans l'évolution des lésions. Sous cette influence nous assistons à des transformations soudaines dans les solides et les liquides. Les phases d'évolution se contractent, se suppriment. Ce sont des collections purulentes qui se déclarent en peu

d'heures. On a vu d'un jour à l'autre le sang des veines de membres entiers transformé en pus, sans thromboses préalables : à peine quelques caillots naissants flottant dans un liquide séro-purulent. Des articulations dont pendant la vie du malade on ne soupçonnait pas l'envahissement, à l'autopsie se trouvent remplies de pus ; même phénomène dans la plèvre, dans les cavités arachnoïdiennes, etc.

Dans les lésions du squelette, même incohérence, même suppression des phases régulières d'évolution. Vous découvrez à l'autopsie toutes les variétés de l'ostéite : tantôt l'ostéomyélite la plus accomplie, tantôt à l'état d'ébauche des lésions rudimentaires du périoste, des épiphyses, du canal médullaire. Même variabilité quant au moment où l'ostéite est appelée à entrer dans le mouvement morbide. Le plus souvent c'est dès le début. Si plusieurs os sont atteints, les uns vont jusqu'au terme de l'évolution ; chez d'autres on ne trouvera que des vestiges de périostite des traces de lésions à divers degrés.

Observations identiques à faire touchant la phlébite : Il en est qui paraissent d'emblée, d'autres plus tard, la maladie en pleine activité. Il en est d'ultimes qui ne sont que des thromboses cachectiques.

Il résulte de l'étude de cette forme commune la plus fréquente, qu'il n'existe aucune affection locale assez dominante pour qu'on puisse lui attribuer un rôle prépondérant, que ce soit une ostéomyélite, une phlébite, une endocardite, une lymphangite, un érysipèle, etc. (1). Quand

---

(1) Sous le titre de *l'infection purulente sans plaies exposées*, le Dr Domec (Paris 1877) a publié une thèse qui renferme sur cette question de la diathèse purulente spontanée les matériaux les

l'affection que l'on croit dominante se développe dans le mouvement morbide de la diathèse purulente, elle n'a d'autre valeur que celle d'un symptôme. Nous voyons uniformément la maladie grandir et se confirmer par l'apparition des collections purulentes viscérales et périphériques qui lui impriment son cachet spécifique.

Par l'étude de cette forme commune nous espérons avoir démontré de quelle importance il était pour demeurer fidèle à la réalité nosographique, de séparer les ostéites aiguës qui concluent à la nécrose, des faits diathésiques dits infectieux. Il n'est pas moins utile, au point de vue du traitement, que le diagnostic soit rapidement fixé. Autant l'intervention chirurgicale pourra être efficace dans les cas d'ostéomyélite phlegmoneuse même les plus graves, autant elle sera habituellement infructueuse, pour ne pas dire nuisible, quand la diathèse purulente est déclarée.

IX

Forme foudroyante. — Cette forme de la diathèse purulente que l'on pourrait aussi appeler *ataxique* a été dès longtemps constatée chez les femmes en couches, surtout dans les temps d'épidémies. Nous n'avons point à reproduire ici des faits trop connus : le tableau pathologique effrayant de ces accouchées enlevées en deux ou trois jours, quelquefois en quelques heures.

---

plus abondants. On y trouvera de nombreuses observations de la forme commune telle que nous la comprenons. L'auteur conclut en déclarant que l'infection purulente d'origine interne présente une symptomatologie, une marche et une terminaison absolument semblables à la pyohémie par causes externes. Conclusions absolument favorables à la diathèse.

La marque caractéristique de cette forme n'est pas tant l'intensité des symptômes qu'une perturbation extraordinaire dans le mode accoutumé de leur ordre de succession. L'ataxie se formule dès le début : des signes ultimes apparaissent d'emblée. Les temps sont si pressés que les périodes de progression n'ont pas le temps de se produire.

Les lésions participent de cette instabilité des périodes. La suppuration apparaît quelquefois en peu d'heures ; toutefois le plus souvent les altérations anatomiques sont incomplètes. La mort est si rapide qu'elles n'ont pas le temps de se formuler. Le cadavre ne révèle que des indices des ébauches de lésions. Des thromboses rudimentaires témoignent du début des phlébites, des arborisations vasculaires sur les intestins et l'épiploon, quelques traînées de globules purulents, des épanchements séreux lactescents dans le péritoine, dans les plèvres, dans les grandes articulations et c'est tout.

Les faits traumatiques aussi ont fourni un tribut à cette forme.

Les agglomérations de blessés dans les ambulances et les hôpitaux à la suite de batailles meurtrières n'ont que trop souvent révélé le génie épidémique de la diathèse purulente. Les émeutes qui ont ensanglanté Paris pendant les journées de juillet 1830 et depuis, ont fourni sur ce sujet d'amples matériaux d'étude. C'est à cette époque, dans les hôpitaux de Paris, que la diathèse purulente a été constatée, reconnue. C'est là que son histoire a été faite (1).

(1) Le mémoire de J.-P. Tessier, publié en 1838 dans le journal l'*Expérience* a été composé avec des observations recueillies pendant quatre années dans l'immense service de Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu. Tessier était l'interne chargé de la direction des autopsies.

Les guerres des dernières années, sans ajouter aucun trait nouveau aux descriptions, les ont confirmées de point en point.

Pas plus que pour les faits puerpéraux nous n'insisterons ici sur le tableau symptomatique de ces cas foudroyants déterminés par le traumatisme. Il va de soi qu'il faudrait tenir compte des circonstances d'origine.

Jusqu'à présent, à notre connaissance, il ne s'est pas produit d'épidémies de diathèse purulente spontanée ; il n'y a pas de raisons cependant pour qu'il ne puisse y en avoir. On y prend garde maintenant. Depuis les premiers avertissements si précis donnés par Tessier en 1838, sur les milieux méphytiques déterminés par l'encombrement des salles d'hôpitaux, on isole les blessés, les opérés et les femmes en couches. Mais auparavant que les précautions requises pour éviter et détruire les milieux infectieux fussent adoptées combien de fois n'a-t-on pas vu des cas de diathèse purulente spontanée se produire dans les salles de blessés et de puerpérales. C'est alors que l'on voyait une simple piqûre de lancette pour une saignée déterminer la maladie. Dans ces milieux encombrés, on a observé que des fractures simples, des contusions légères, des blessures insignifiantes devenaient l'occasion de la diathèse purulente ou tout au moins tournaient à la suppuration de la manière la plus inaccoutumée.

Il était à croire que les nombreux travaux effectués pendant ces dernières années sur l'ostéomyélite de l'adolescence apporteraient la preuve de la présence de cette forme foudroyante dans les cas dits spontanés.

Voici deux observations recueillies dans le mémoire déjà cité du professeur Lannelongue :

Obs. XVIII. *Ostéomyélite du fémur. Mort.* — Fille de treize ans et demi assez forte ; pas de surmenage ; début par courbatures et fièvre le 21 janvier 1877. Le 22, gonflement de la partie inférieure de la cuisse droite, douleur vive. Entre à l'hôpital le 24. Délire, pouls à 140 ; température 40 ; face vultueuse, couverte de sueurs ; tuméfaction du tiers inférieur de la cuisse droite sans rougeur. Rien d'appréciable au poumon ni au cœur. Le 25 janvier, subdélirium, figure décomposée ; mêmes symptômes fébriles ; morte le quatrième jour.

Autopsie. Abcès sous-périostique du creux poplité droit ; suppuration diffuse de l'extrémité inférieure du fémur qui remonte dans le canal médullaire ; articulation du genou saine ; thrombose et caillots dans la veine poplitée et dans les veines qui en émergent ; collection purulente en nappe à la face externe de la cuisse.

Obs. XIX. *Ostéomyélite du radius droit ; mort.* — Fille de treize ans et demi ; bonne santé antérieure. Le 8 janvier 1878, chute sur l'avant-bras droit qui n'empêche pas d'écrire une longue lettre sans douleurs. Le 9, douleurs violentes, tuméfaction de l'avant-bras. L'état s'aggrave sans inquiéter beaucoup. Le 13 janvier entre à l'hôpital, essoufflée, haletante. Le 14, symptômes d'asphyxie ; pouls à 160 à l'artère fémorale, parfaite connaissance ; gonflement de l'avant-bras avec tension considérable.

Autopsie. Péricarde plein de pus avec grumeaux et fausses membranes ; sur le bord droit du cœur trois abcès ; dans la paroi du ventricule gauche petit abcès ; fibres musculaires voisines infiltrées de pus. Les poumons remplis d'infarctus et d'abcès métastatiques. Infarctus dans les reins.

Pus infiltrant le radius, ramollissement hémorrhagique de la moelle ; abcès sous-périostique ; phlébite des veines de l'avant-bras.

Des faits semblables sont cités dans la thèse du Dr Sézary (1) sous le titre d'ostéites suraiguës. Il y en a plus

(1) *De l'ostéite aiguë chez les enfants et chez les adolescents*, Paris 1870.

encore dans un mémoire du Dr Culot (2). Ses observations sont empruntées à divers auteurs. Pour plusieurs de ces cas on pourrait invoquer comme cause occasionnelle des incidents traumatiques (des contusions, des chutes) la plupart du temps disproportionnés avec l'intensité de la maladie et surtout avec sa marche foudroyante.

L'étude de cette forme foudroyante, la simple lecture des observations que nous venons de citer sont remplies d'enseignements.

La production instantanée de la maladie avec ses symptômes les plus caractéristiques : un si grand nombre de lésions anatomiques déjà présentes au moment de la mort après si peu de jours de durée ne sont pas pour favoriser tant de théories inventées pour expliquer la diathèse purulente. Comment légitimer les termes de pyohémie et d'infection purulente alors que le pus commence à peine à être soupçonné? Comment faire dépendre les accidents généraux, les abcès métastatiques, les collections purulentes des viscères et des masses musculaires de la présence d'une phlébite alors qu'il n'y a point de phlébite ou que cette phlébite n'existe qu'à l'état rudimentaire d'une thrombose à peine soupçonnée ? Où trouver place pour des caillots emboliques même hypothétiquement pourvus des plus actives qualités septiques, alors qu'il n'y a ni caillots organisés ni endocardite?

Mêmes objections à propos de l'ostéomyélite, tous les symptômes de la maladie sont présents et c'est à peine si la lésion osseuse peut être reconnue. Osera-t-on prétendre que tout cet appareil pathologique si grave, si subit, n'est

(1) De l'inflammation primitive aiguë de la moelle des os, Paris 1871

qu'une complication d'une affection d'abord exclusivement locale?

Ces objections sont toutes applicables à la forme commune, mais combien n'acquièrent-elles pas de valeur en présence de cette forme foudroyante où les symptômes de la diathèse purulente semblent avoir été rapprochés au summum de leur intensité pour manifester qu'elle est véritablement une espèce morbide impossible à réduire au rôle d'un épisode intervenant par aventure dans une autre affection.

A la vue de cette forme si violente les auteurs déconcertés s'empressent de prononcer les mots d'état typhoïde, de grand empoisonnement, d'envahissement de l'organisme par des agents septiques de fermentation. —Ne voir ici que des hypothèses des termes imaginatifs invoqués pour exprimer la gravité des conjonctures et l'embarras où l'on se trouve.

Quant aux microbes, la plupart de ces cas foudroyants étant spontanés, *sans plaies exposées*, il n'y pas de portes d'entrée. On sait que dans la forme foudroyante du choléra on n'a pas trouvé de bacille. N'en serait-il pas de même pour la diathèse purulente?

Avant que de conclure, nous reviendrons sur cette question des microbes.

X.

Forme fixe primitive ou mono-affective. La maladie ne se révèle ici que par une seule affection. Le phlegmon diffus en est le type. Un partisan de la diathèse, le Dr Ch. Hélot,

de Rouen (1), n'accepte pas que les faits classés sous cette forme soient séparés de la forme commune.

Voici le résumé d'une observation recueillie par nous en 1840 dans le service de Velpeau. L'âge du sujet la classe dans les faits de la période de croissance.

Jeune fille de 14 ans, malade depuis deux jours, arrivée à l'hôpital avec une fièvre intense, du délire. La jambe gauche douloureuse, tuméfiée. — Une collection purulente est ouverte. La maladie continue avec la même intensité : fièvre continue avec rémittence, frissons quotidiens. En quarante-huit heures la suppuration a envahi jusqu'au pli de l'aine malgré trois ouvertures Mort le cinquième jour.

A l'autopsie : périostite superficielle du tibia. La suppuration a disséqué les muscles de la jambe et de la cuisse. Le genou est intact. Par places des fragments de tissu musculaire sont détruits et transformés en pus.

Dans sa leçon clinique, Velpeau n'attacha qu'une importance secondaire à l'ostéite. Il insista surtout sur la rapidité prodigieuse de la suppuration. Il ne parla ni d'infection purulente ni d'empoisonnement. Il laissa voir cependant qu'il était frappé du caractère de gravité singulière de la maladie.

Au lieu d'un phlegmon diffus, *un typhus des membres*, comme dit Chassaignac, peuvent se présenter : une pneumonie, une pleurésie, une phlébite, toutes ces affections marchant vers la suppuration avec les caractères insidieux de rapidité et d'absence des douleurs locales signalés dans les formes communes et la foudroyante.

Les chances de guérir sont plus fréquentes cependant que dans la forme commune si les viscères ne sont pas atteints. Les suppurations des membres et du tissu musculaire peuvent se limiter.

(1) Thèse inaug. Paris, 1858.

Nos *documents* publiés en 1886 contiennent une observation fort remarquable d'une collection purulente unique qui envahit le dos et les lombes avec myosite du muscle grand dorsal. L'état fut des plus graves. Le sujet guérit après soixante jours de maladie.

Les symptômes généraux, en particulier l'ictéricie et la sidération si caractéristique des forces sont les mêmes que dans la forme commune. Une circonstance frappe l'observateur, c'est la disproportion qui existe entre l'affection locale et les phénomènes généraux. Il est surprenant de voir un simple abcès déterminer un concours de symptômes aussi formidable. L'abcès est ouvert ; aucune rémission. La maladie persévère avec une violence qui déconcerte le médecin.

On conçoit que cette forme fixe ait soulevé de vives controverses. Entre de si nombreuses affections purulentes, comment toujours distinguer nettement ce qui est de la diathèse purulente et ce qui n'en est pas ? Dans l'état puerpéral, combien d'abcès mammaires, de phlegmons iliaques qui ne sont point réclamés par la diathèse ?

Nous avons assez insisté sur le concours si caractéristique des symptômes de la diathèse pour n'avoir point à y revenir. La marche des lésions présente aussi des caractères propres.

La pleurésie purulente qui relève de la diathèse s'effectue habituellement d'une manière latente avec une rapidité qui défie toute prévision.

La pneumonie franche n'arrive à la suppuration, c'est-à-dire au troisième degré, qu'après un certain nombre de jours déterminés. Sous l'influence de la diathèse vous pouvez constater la suppuration du poumon au terme de deux ou trois jours sous forme d'une vomique ou d'abcès mé-

tastatiques, ces derniers comme des noyaux purulents creusés dans les infarctus d'hépatisation rouge (1). L'hépatisation grise ne relève pas de la diathèse.

A propos de cette forme fixe, comment ne pas revenir sur l'ostéomyélite? On comprend maintenant les motifs de notre insistance pour séparer l'ostéomyélite phlegmoneuse idiopathique qui conduit à la nécrose de l'ostéomyélite engagée d'emblée dans la diathèse purulente.

Dans notre sentiment, l'ostéomyélite aiguë non diathésique est à peu près la seule curable, soit par la marche naturelle de la maladie, soit par l'intervention chirurgicale.

On conçoit ici l'importance d'un diagnostic précis.

X

Cette revue critique terminée, il semble qu'il n'y ait plus qu'à conclure touchant l'ostéopathie du Dr Revillod. Mais ce sujet de la diathèse purulente est immense. On ne peut en toucher un seul point qu'il ne surgisse avec des questions nouvelles des solidarités inattendues.

C'est ainsi que nous voilà conduits à accorder quelques instants à l'histoire de la *myosite* et du *pseudorhumatisme infectieux*. Aussi bien y sommes-nous entraînés par le Dr Revillod lui-même. C'est lui en effet qui par l'otéomyolite, fait passer la diathèse purulente toute entière dans l'unité morbide qu'il a voulu créer sous le nom d'ostéopa-

---

(1) Voir l'observation n° 1 de notre mémoire sur la *diathèse purulente*, publié en 1859 dans les travaux de la Société médicale de Genève.

thie des adolescents. Ayant fait cette concession, notre savant confrère était forcément amené à introduire dans sa synthèse la série complète des lésions et des affections locales qui constituent le domaine de la diathèse. Bien que ne consentant pas à la diathèse, sans l'avoir prémédité M. Revillod la reconstruit. Cette preuve indirecte a sa valeur et n'est assurément pas pour nous déplaire.

J.-P. Tessier, dans le mémoire de 1838, avait dit tout ce que l'on doit savoir sur la myosite. A propos des énormes suppurations envahissantes du phlegmon diffus, il avait décrit les masses musculaires transformées en pus, les infarctus sanguins, les bords taillés à pic de ces abcès, qui témoignent de la disparition des fibres.

Mais Tessier, pas plus que pour les ostéites, n'a eu la pensée de créer une maladie à part, avec ces phlegmasies musculaires. Il ne les considère pas en dehors de l'unité spécifique de la diathèse.

Dans une thèse récente, d'ailleurs fort digne d'attention (1), le Dr Brunon, de Rouen, part d'un point de vue tout opposé. Laissant de côté les myosites traumatiques et les myosites impliquées dans des abcès consécutifs, des fièvres, de l'érysipèle, de la diphthérie, de la tuberculose et d'autres cachexies, le Dr Brunon s'applique à démontrer qu'il existe une maladie générale dont la manifestation locale est la myosite. Il propose de désigner cette maladie sous le nom de *myosite infectieuse primitive idiopathique spontanée.*

Voilà bien des termes mis au service d'une définition; en est-elle plus exacte?

---

(1) Contribution à l'étude de la myosite infectieuse primitive Paris, 1887.

Le fait réel est qu'à l'endroit de la diathèse, il en est de la myosite comme de l'ostéomyélite.

Il y a une myosite aiguë phlegmoneuse idiopathique; elle est fort rare. En dehors de ces cas extraordinaires, il n'y a que des myosites symptomatiques de la diathèse purulente. C'est le fait d'être subordonnées à la diathèse qui leur imprime le caractère infectieux.

La myosite se rencontre dans toutes les formes de la diathèse purulente.

Dans la *forme commune*, elle est associée au concours habituel des lésions viscérales et périphériques.

La *forme fixe ou mono-affective* est souvent caractérisée par une myosite. M. Brunon en cite plusieurs cas tout à fait graves. L'intensité des phénomènes généraux contraste avec la médiocrité ou le peu d'étendue des lésions. Quelques-uns de ces cas, par la rapidité de l'évolution et leur gravité immédiate, doivent être classés dans la *forme foudroyante*. Les circonstances étiologiques sont les mêmes que pour l'ostéomyélite : c'est toujours la fatigue insolite, le surmenage, etc.

Il est difficile de sortir la myosite du cadre de la diathèse purulente dans lequel elle est habituellement contenue. Arrivé au terme de son travail, le Dr Brunon insiste une fois de plus sur le caractère scepticémique et infectieux de la maladie et il ajoute : « La place de la myosite infec-
« tieuse est marquée d'avance à côté de l'ostéomyélite et
« du pseudo-rhumatisme infectieux de MM. Quinquaud,
« Bouchard et Bourcy. L'avenir démontrera que ces
« trois affections (auxquelles dans son résumé, l'auteur
« ajoute le phlegmon diffus), ne sont que trois localisa-
« tions d'une même maladie générale infectieuse. »

On ne saurait donc se réfuter plus complètement ou pour

mieux dire : on ne saurait de meilleure grâce opérer un retour vers le sentiment médical traditionnel, qui inculque le respect des espèces morbides bien définies et interdit de prendre des affections symptomatiques pour des espèces distinctes.

La myosite est loin d'être plus fréquente dans la période de croissance qu'aux autres âges de la vie. Dans les faits si instructifs rassemblés par le Dr Brunon, les adultes tiennent la première place. On rencontre l'inflammation d'un seul membre dans un grand nombre de cas puerpéraux de la forme mono-affective; le psoïtis en particulier.

XI

Les pseudo-rhumatismes infectieux. —Les auteurs les plus récents persévèrent dans l'habitude de désigner sous ce terme les arthrites suppurées si fréquentes de la diathèse purulente, dans la forme commune surtout. Fréquentes aussi ces arthrites, si vous classez les faits par catégories. Elles abondent dans les cas traumatiques, plus encore dans les puerpéraux ; à tous les âges enfin, ne sont-elles pas prédominantes dans une foule de cas dits spontanés. Aussi a-t-on peine à comprendre que cette question des arthrites suppurées soit encore matière à discussion.

Il en est ainsi cependant. En 1838, J.-P. Tessier a écrit sans hésiter : « Les arthrites suppurées ne sont pas du rhumatisme suppuré, ce sont des phlegmasies symptomatiques, de la diathèse. Il n'est pas dans le génie du rhumatisme de conduire à la suppuration. »

A l'appui d'une opinion aussi catégoriquement exprimée, Tessier apportait un nombre imposant d'observations

et d'autopsies. — Les arthrites suppurées sont présentes à tous les degrés dans le cortège des lésions de la diathèse. Dans ce même mémoire, ces arthrites purulentes sont soumises en présence du rhumatisme, à une discussion séméiotique très remarquable, qui n'a pas été réfutée. L'auteur y signale pour la première fois dans la science ces arthrites suppurées indolentes sans hypérémie cutanée, qui passaient alors inaperçues et n'étaient reconnues qu'à l'autopsie.

Cette démonstration n'eut pas l'assentiment du plus grand nombre. La question des arthrites se trouva mêlée aux querelles sur la phlébite, ce qui n'était pas pour la faire avancer. A ce moment, Bouillaud affirmait la suppuration du rhumatisme et comme preuve, le célèbre professeur plaçait dans son traité sur cette matière des observations de phlébite avec arthrites suppurées. Autant de cas de diathèse purulente.

Les esprits se divisèrent. Le grand courant continua à enseigner la suppuration du rhumatisme. Quelques noms considérables cependant adoptèrent la diathèse purulente. C'était du même coup contester la conclusion du rhumatisme par la suppuration. Nous distinguons au milieu d'eux les professeurs Nélaton (1), Tardieu (2), Requin (3), le Dr Jacquemier (4), Gendrin (5), Valleix (6), etc.

C'est dire qu'avec le temps la question avançait, toute-

(1) Traité de pathologie externe.

(2) Manuel de pathologie interne.

(3) Eléments de pathologie médicale.

(4) *Manuel d'obstétrique.*

(5) *Gaz. des hôpitaux*, 1850.

(6) *Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1852.

fois pas immédiatement au profit de la notion de la diathèse ; mais son influence latente était visible. Il y eut de longues années de vacillations d'opinion et des temps d'arrêt. En définitive aujourd'hui, quel pathologiste de quelque valeur soutiendrait que le vrai rhumatisme peut suppurer.

Comment s'est opéré ce revirement? Il y aurait peu d'intérêt à en faire l'histoire. Ce qui apparaît de plus clair, c'est que les auteurs se voyaient aux prises avec une maladie grave, dont la définition précise leur échappait. Ils ne savaient comment nommer ces collections purulentes des cas spontanés, se manifestant en dehors du traumatisme et de la puerpéralité sans porte d'entrée, sans cause instrumentale apparente.

Le Dr Broca a recueilli dans le service de M. Empis (1) une observation des plus remarquables d'un de ces cas qui ont été cause de tant d'indécisions. Il lui donne pour titre : *Abcès multiples de cause inconnue. Mort rapide avec symptômes typhoïdes*. Les commentaires de M. Broca sont très instructifs, il est bien près de conclure en admettant la diathèse. Il serait aisé de multiplier les citations de faits analogues. Mais pour faire mieux connaître ce débat entre le rhumatisme et la diathèse purulente, rien de plus opportun que de présenter ici les conclusions de la thèse du Dr Bourcy, sur les *Déterminations articulaires des maladies infectieuses* (2). Il est intéressant d'étudier dans ce travail, écrit dit-on sous l'inspiration du professeur Bouchard, les

(1) *Progrès médical*, février 1884. Citée par le Dr M. Jousset, *Art méd.* nov. 1884.

(2) Pseudo-rhumatismes infectieux, par le Dr Bourcy. Paris, 1883.

doctrines actuelles de l'Ecole de Paris sur cet important sujet.

Le Dr Bourcy commence par une revue des affections articulaires, qui, à une période ou à une autre, peuvent compliquer une série de maladies dites infectieuses : la blennorrhagie, la dysenterie, la typhoïde, les fièvres éruptives, les oreillons, la diphthérie, etc. Il nomme ces arthrites : *pseudo-rhumatismes des maladies infectieuses*. Décision singulière, l'auteur range dans cette première catégorie les arthrites de la pyohémie et celles qui relèvent de la puerpéralité. Se peut-il rien voir de plus propre à faire toucher au doigt la confusion qui existe à ce sujet dans certains esprits?

Dans une deuxième catégorie, l'auteur traite des *pseudo rhumatismes proprement dits*. Que sont donc ceux-là après tous les faux rhumatismes énumérés tout à l'heure ?

M. Bourcy dit qu'il lui reste à étudier certains états pathologiques spéciaux éminemment infectieux présentant des déterminations articulaires absolument identiques (2) à celles qu'il vient de décrire.

C'est à ces cas en dehors de tout cadre nosologique que nous réservons dit–il, ce nom provisoire de rhumatismes infectieux proprement dits, opposant ainsi l'apparence rhumatismale à la nature infectieuse de la maladie.

Qui ne reconnaîtra ici la diathèse purulente spontanée que M. Bourcy s'efforce toujours de considérer comme une maladie à part de la pyohémie traumatique et de celle de

---

(1) Pas si identiques que le dit le Dr Bourcy. On pourrait discuter sur sa séméiotique.

la puerpéralité, encore bien que dans les trois catégories, il ait observé les mêmes arthrites suppurées.

Ces préliminaires posés, M. Bourey donne une gerbe abondante d'observations; les unes tirées de son propre fonds, les autres empruntées à divers auteurs (1) dont les travaux sont bien connus. C'est un répertoire complet de la diathèse purulente sous toutes ses formes; tous ces faits sont spontanés.

Il y a des cas de forme bénigne. Il en est un qui appartient à la forme mono-affective; mais ce serait plutôt un cas de phlegmon diffus qu'une pure affection articulaire. Notons à ce propos que les pénétrations des abcès voisins dans l'intérieur des articulations sont infiniment moins fréquentes que ne l'a dit Chassaignac.

Il est fort rare qu'une diathèse purulente soit représentée uniquement par des arthrites. M. Bourey, — ses observations en témoignent, — ne les décrit jamais autrement que mêlées au cortège des affections multiples de la diathèse.

Quand la maladie paraît limitée à deux ou trois arthrites, même à une seule, presque toujours on voit une collection purulente se produire dans les muscles ou les gaines tendineuses, près des articulations malades. Rien de moins conforme au rhumatisme que ce tableau.

Ce qui frappe le plus dans les observatious rassemblées par M. Bourey ce sont les divergences des diagnostics. Fièvre typhoïde, rhumatisme suppuré ou cérébral, fièvre grave, abcès multiples, il y a de tout. Quoi de surprenant qu'un doute perpétuel règne dans l'esprit des auteurs et que parfois ils l'avouent. C'est alors que, par voie d'exclusion,

(1) MM. Quinquaud, Fleury, Archambault, Delioux, etc.

M. Quinquaud aboutit à cette définition : *une maladie arthrito-suppurative*, et le D[r] Bourcy à cette dénomination vague du *pseudo-rhumatisme infectieux*. En conscience, la *diathèse* purulente avec ses formes n'est-elle pas plus claire que tout cela.

XII

Il faut conclure : en premier lieu touchant la fièvre de croissance et l'ostéopathie.

L'essai de synthèse de MM. Bouilly et Revillod mérite d'être pris en considération, comme doit l'être, en médecine, toute tentative de généralisation. Ce groupement entre des affections si diverses n'est pas seulement ingénieux : il ne sera pas sans utilité pratique.

Pour ce qui est de la première période, la vraie période de croissance, celle des mouvements fébriles, des douleurs dans les muscles et les extrémités osseuses, la connexion établie est des plus naturelles, à la condition que le cadre soit quelque peu agrandi pour y faire entrer les indices préliminaires des prédispositions hémorrhoidaires cardiaques et goutteuses. Beaucoup s'en tiendront là.

Pour ceux qui, avec le D[r] Révillod, consentiront à aller plus avant, le nœud de la question, le point de soudure réside dans ce moment pathologique de la période de croissance où les souffrances osseuses et musculaires, jusque là fugitives, affectant la mobilité névralgique, acquièrent la fixité et le caractère profond des douleurs épiphysaires et médullaires qui signalent la venue des affections du squelette.

Ce rapprochement est heureux : c'est une vue originale que de l'avoir pressenti. L'ostéomyélite phlegmoneuse à tous les degrés est trop fréquente pendant l'adolescence pour que le lien établi ne soit pas justifié.

Ici commenceront les dissentiments. Combien de médecins diront : l'ostéomyélite aiguë n'est pas strictement propre à l'enfance ; les adultes en sont comptables aussi bien que les jeunes sujets. L'objection a sa valeur : elle ne suffit pas cependant pour rompre la synthèse.

Dans les observations citées le nombre des individus chez lesquels l'ostéomyélite a été précédée d'une fièvre de croissance est restreint : voilà un fait peu favorable à la synthèse ostéopathique.

Les objections, eu égard à la diathèse purulente, sont du même ordre, peut-être plus pressantes encore.

Vouloir limiter l'ostéomyélite à n'être qu'une maladie de l'adolescence, c'est impossible.

Vouloir, chez les adolescents, faire de la diathèse purulente une maladie en connexion obligatoire avec l'ostéomyélite seule, par voie d'infection, c'est une opinion que les faits contredisent absolument.

Chez les adolescents la myosite, la phlébite, les arthrites purulentes, les abcès métastatiques des viscères tiennent une place analogue à celle de l'ostéomyélite dans le cadre de la diathèse.

En général, dans les diathèses purulentes des adolescents plus souvent encore que pour l'ostéomyélite aiguë, la fièvre de croissance ne précédera pas la maladie.

Le lien pathologique n'est donc pas si accusé.

Nous avons donné le nom de synthèse à la série des faits cliniques que le D[r] Révillod a rassemblé en une chaîne d'union sous le titre d'ostéopathie. Notre confrère va plus loin ; il ne propose rien moins que de considérer sa conception comme *une maladie* à part. Il ne faudrait pas, j'ose le croire, prendre trop au pied de la lettre l'expression dont se sert le D[r] Revillod. Qu'il suffise de dire qu'en par-

lant des espèces morbides la pathologie générale exige un langage plus rigoureux.

Pour rester dans la vérité nosologique, l'ostéopathic pourrait être considérée comme un de ces groupes analogues à tant d'autres créés par la tradition médicale pour les maladies des âges et certaines périodcs particulières de la vie; chez la femme comme chez l'homme. Il y aurait, la période de croissance compliquée ou non de souffrances osseuses, comme il y a la période de puberté, la dentition, la ménopause, l'état puerpéral, etc.

XIII

Donnons aussi nos conclusions touchant les relations de la fièvre de croissance et de l'ostéopathie avec la diathèse purulente.

Les affections du squelette tiennent une grande place dans le domaine pathologique attribué à la période de croissance. La diathèse purulente réclame aussi expressément la sienne.

Un des objets de ce mémoire a été de restituer à cette maladie déjà si vaste un territoire qui lui est contesté, celui des ostéomyélites dites infectieuses. En parlant de restitution nous risquons d'être taxé d'inexactitude ; car à vrai dire, ce territoire des ostéomyélites n'avait jamais été dévolu à la diathèse. La plupart des auteurs les décrivaient comme une maladie particulière. Dans nos *documents* publiés en 1886 nous avons revendiqué pour la diathèse purulente, spontanée, la plupart des faits décrits sous le titre d'ostéomyélite infectieuse recueillis chez des adolescents. C'était la première fois que cette réclamation était formulée.

L'ostéomyélite aiguë phlegmoneuse tendant le plus sou-

vent aux phases chroniques de la nécrose a été décrite comme espèce distincte. Nous en avons, c'était là un point capital, soigneusement distingué l'ostéomyélite infectieuse, qui n'est pas autre chose que la diathèse purulente avec ses lésions multiples. Pour assurer à cette revendication une démonstration aussi complète que possible, ces cas dits infectieux ont été appréciés au point de vue des formes de la diathèse. Ces formes y ont été clairement reconnues.

Les adolescents sont donc tributaires de la diathèse purulente aussi bien que les adultes.

Un fait ressort évident de l'étude des matériaux recueillis par nos devanciers : c'est que, les auteurs ayant abordé la question par les altérations osseuses; n'ayant pas eu d'autre objectif, n'ayant aucune idée de la diathèse purulente, la plupart ont confondu l'ostéomyélite aiguë et la diathèse ; deux maladies différentes qui fallait distinguer dès le début.

Quand arrivaient les symptômes graves, les suppurations disséminées de la forme commune ou les phénomènes ataxiques de la foudroyante : c'étaient alors la pyohémie, l'infection purulente, les poisons morbides qui envahissaient l'économie en compliquant l'ostéomyélite. Ces explications nées jadis de la phlébite et des embolies cardiaques ont fait place aux doctrines microbiennes. Accordons à ces dernières quelques moments d'attention.

La question des microbes ou bactéries est une question d'étiologie. A propos de la diathèse purulente comme pour toutes les maladies dites infectieuses, on doit la considérer sous deux points de vue.

Il y a la constitution du milieu méphytique ; celle des altérations de l'air ambiant.

Il y a en outre la question de savoir si l'évolution de

chaque maladie est déterminée par l'introduction dans l'économie d'un micro-organisme pathogène spécial.

XIV

Dénoncés dès longtemps comme agents de production des épidémies, les milieux infectieux deviennent une question *de circumfusa*, un problème d'hygiène de premier ordre à propos de la diathèse purulente.

C'est encore à J.-P. Tessier que la médecine est redevable d'avoir placé l'étiologie de la maladie sur son véritable terrain. Dans le mémoire de 1838, il expose nettement que la cause occasionnelle la plus fréquente de la diathèse purulente, c'est le milieu méphytique constitué par l'encombrement des malades.

Sa proposition était autorisée par une expérience acquise dans l'immense service de Dupuytren à l'Hôtel-Dieu de Paris. Il s'applique à prouver que la véritable cause est affaire d'hygiène ; à l'encontre des chirurgiens de son temps qui vivaient dans la plus fausse sécurité au sujet de l'entassement des blessés, attribuant la maladie à un accident inconstant, tel que l'endocardite, la phlébite, ou simplement la résorption du pus.

Les mêmes vues étiologiques avaient conduit Tessier à exiger pour les femmes en couches les mêmes mesures de prudence que pour les blessés et les opérés.

L'attention, une fois portée sur les milieux méphytiques, la question prit des proportions considérables. Les progrès dès lors accomplis dans l'aménagement des maternités et des hôpitaux furent le résultat de l'impulsion donnée. Les études qui ont mis en évidence la contagion de la fièvre

puerpérale chez l'homme et les nouveau-nés (1), chez les femmes venues avant l'accouchement dans des hôpitaux infectés, n'ont pas d'autre origine. Sédillot affirme que le voisinage de fièvres puerpérales placées dans les salles voisines communiquait l'infection à ses opérés.

Le même ordre d'idées a donné naissance au traitement antiseptique de Lister. Le célèbre chirurgien anglais s'est appliqué à créer autour des plaies un milieu impropre à la vitalité des germes et des ferments.

Lister ne lutte pas contre une famille spéciale de ferments capables d'engendrer la suppuration. Il cherche à se mettre uniformément à l'abri de tous les microbes ou animalcules qui entourent les plaies. C'est par excellence le chirurgien pratique.

XV

Étudions les travaux des bactériologistes sur les microbes pathogènes de la diathèse purulente : voyons si l'étiologie nouvelle a contribué à faire entrer cette maladie dans une voie de progrès en la faisant mieux connaître.

Cette étude des microbes de la suppuration a suscité dans tous les pays et dans toutes les langues un nombre infini de recherches. Il n'est pas facile d'en extraire des solutions précises ; cette question est avant tout affaire d'anatomie pathologique. Les recherches s'effectuent sur des produits morbides, résultats de maladies accomplies. Il est donc de suprême importance que les observateurs

---

(1) Hervieux. Diathèse purulente chez les nouveaux-nés, *Gazet. médicale*, 1853. Abcès multiples dans le tissu cellulaire, les articulations, la plèvre, la rate, les poumons, le foie, etc. Pas d'ostéites.

soient fixés sur la provenance des matériaux qui incombent à leur examen. Or c'est ce qui n'est pas touchant les maladies qui produisent la suppuration, ils ne sont d'accord ni sur leur nombre, ni sur les différences spécifiques qui doivent les distinguer. Pas de nosographie moins précise.

Nos sources d'information sont le traité sur les bactéries de Cornil et Babes (Paris, 1885). Nous avons aussi consulté des travaux plus récents sortis du laboratoire de l'École de médecine de Lyon.

Que le lecteur le veuille bien comprendre, il ne s'agit point ici d'une étude des microbes pathogènes en général : c'est aux microbes des maladies purulentes seules que nous limitons notre examen.

Un microbe spécial est-il la caractéristique de la suppuration en général. Pas un auteur qui ose l'affirmer.

Au lieu d'adopter la formule synthétique de la diathèse, les travailleurs de laboratoire fractionnent le sujet à l'infini. Ils se dérobent à toute vue d'ensemble. Ils décrivent le microbe spécial de l'anthrax, celui de l'érysipèle, celui de la néphrite. Ils découvrent des points de contact entre ces diverses maladies à suppurations. C'est ainsi que le bacille de l'ostéomyélite, d'après Pasteur, serait le même que celui des furoncles. Pasteur l'aurait aussi trouvé dans l'eau de Seine.

Le bacille attribué à l'ostéomyélite aiguë est-il le même que celui de l'ostéomyélite infectieuse symptomatique de la diathèse purulente? Pas de réponse. Il ne pouvait point y en avoir. La distinction entre les deux maladies n'existant pas dans l'esprit des observateurs.

Dans les suppurations des foyers disséminés, le bacille est-il le même que dans le canal médullaire des os. Au-

cune indication à ce sujet dans le traité de MM. Cornil et Babes. Nous verrons tout à l'heure les cultures du Dr Rodet fournir des conclusions plus favorables à la diathèse.

Quand la diathèse purulente intervient dans le cours d'une autre maladie déjà en évolution (blennorrhagie, pneumonie, fièvre typhoïde, etc.) transformant, pour parler le langage des bactériologistes, une maladie idiopathique franche en une maladie infectieuse, un microbe nouveau apparaît-il? La question n'a pas même été posée (1).

Procédant toujours avec le même esprit de fractionnement dans un sujet où le principe d'ordre d'une vue générale serait si nécessaire, les bactériologistes ont étudié la diathèse purulente puerpérale sans penser à la rapprocher des cas spontanés et des traumatiques non plus que de l'ostéomyélite.

M. Cornil dit qu'il n'a trouvé qu'une seule espèce de bactérie dans la fièvre puerpérale.

Chauveau, de Lyon, croit que toutes les variétés de la septicémie puerpérale peuvent être déterminées par un seul microbe, le même agent se rencontrant aussi en dehors de la puerpéralité.

(1) Ce mémoire étant déjà surchargé de questions accessoires, nous n'avons pas voulu parler ici des diathèses purulentes qui se greffent sur une maladie existante. C'est un trait particulier à cette diathèse d'éclore dans un mouvement morbide déjà en évolution. Ces incidents pathologiques ne sont pas fréquents, il n'en est pas moins hors de doute que l'on a vu le panaris, l'érysipèle, la blennorrhagie, la pelvipéritonite non puerpérale, la dysenterie, d'autres maladies encore se compliquer tout à coup de l'apparition des symptômes de la diathèse. Ces faits si curieux ont donné lieu à des discussions que nous avons garde d'aborder ici ayant traité cet important sujet dans notre mémoire de 1886.

Le Dr Doléris, dans sa thèse *sur les accidents infectieux des femmes en couches* (Paris, 1880), a étudié sous la direction de Pasteur les micro-organismes qui circulent dans le sang des femmes atteintes de fièvre puerpérale. Il signale quatre variétés. Il faut lire cette thèse qui donne la mesure d'un travail considérable pour se rendre compte de l'état indéterminé et provisoire où se trouve la question des microbes dans les maladies où se présente la suppuration.

Il y a huit ans de la thèse du Dr Doléris ; les recherches ont été incessamment poursuivies. L'accord entre ces solutions diverses ne s'est point opéré. Watson-Cheyne, l'élève favori de Lister, disait en 1883 (1), (après avoir exposé des expériences faites sur les animaux) : Chez l'homme la question est encore à l'étude.

Des travaux plus récents donnent cependant des résultats plus précis.

Deux microbes (*staphylococcus pyogènes aureus et albus*) ont été trouvés (2) dans un grand nombre d'affections : ostéomyélite, panaris, phlegmons aigus. MM. Garri et Socin acceptent l'identité de l'ostéomyélite et de la furonculose admise par Pasteur.

M. Jaboulay (3), après avoir confirmé ces résultats, ajoute : L'ostéomyélite infectieuse est toujours produite par ces microbes : *l'ensemble des lésions devrait être rattaché à l'infection purulente.*

Les Drs Rodet (4) et Bertoye (5), de Lyon, font à ces deux

---

(1) Manual of antiseptic Surgery.
(2) Socin et Garri, de Bâle (Congrès fr. de chir., 1885).
(3) Thèse, Lyon 1885.
(4) *Revue de chirurgie*, Paris 1881.
(5) *Lyon médical*, 1886.

mêmes microbes, qu'ils finissent par déclarer être le même individu, une destinée plus complète. Ils auraient été retrouvés dans une affection générale qui peut intéresser des tissus très divers et pas seulement le système osseux. Du fait que les deux microbes ont été constatés dans plusieurs collections purulentes disséminées, certains critiques concluent à leur non-spécificité. Avec M. Rodet, nous serions tentés de réclamer en leur faveur, car l'étude de ses cultures le conduit à une synthèse qui n'est pas autre chose qu'une démonstration de notre diathèse. Citons ses propres paroles :

« Le microbe de l'ostéomyélite infectieuse n'est donc « pas spécifique ? Non, si cela veut dire que l'ostéomyélite « n'est pas la seule lésion où on le rencontre, mais cela « ne diminue pas son importance. Pourquoi donc refuser « à un micro-organisme le droit d'élire domicile dans des « organes divers et, par conséquent, de déterminer une « variété d'états pathologiques sous peine de le faire dé- « choir de son rôle pathogène ?... On s'étonne si le microbe « de l'ostéomyélite peut déterminer des lésions diverses, « ce qui revient pour lui à habiter divers organes, et s'il « est démontré capable de produire des ostéites, des furon- « cles, des phlegmons, etc. Je réponds que le *micrococcus* « que j'étudie détermine un produit semblable à lui- « même, le pus ou la mortification des tissus aboutissant « ordinairement au pus... Si un jour vient où la médecine « pourra classer les maladies d'après leur pathogénie, on « devra réunir sous un même titre avec l'ostéomyélite in- « fectieuse, les autres états cliniques déterminés par le « *micrococcus aureus*. »

Comment M. Rodet peut-il ignorer qu'il y a cinquante ans que ses désirs sont remplis ? Il y a ce temps-là, en effet, que

la maladie dont il essaie de reproduire par ses cultures les lésions multiples a reçu le nom de *diathèse purulente*.

La doctrine bactérienne veut que l'agent pathogène spécifique vienne toujours du dehors et qu'il s'insinue dans l'organisme par une voie quelconque. C'est l'hypothèse des portes d'entrée assurément dans une foule de cas difficiles à vérifier. Dans les cas spontanés, dans les ostéomyélites franches ou infectieuses, maladies à incubation silencieuse, à évolutions prolongées, où désigner la porte d'entrée ?

Les promoteurs de l'hypothèse ne se troublent pas pour si peu. Ils affirment que la porte d'entrée doit exister. Il faut qu'il y en ait une. Si on ne la trouve pas des recherches ultérieures la révéleront. On connaît ce procédé d'affirmations préalables. Il fut un temps où la phlébite devait expliquer toutes les infections purulentes : si on ne la trouvait pas, on la supposait toujours.

Quant aux migrations à travers les tissus, il est aussi peu facile de se rendre compte de celles des microbes que de celles des globules du pus.

Ces colonies de micrococci que l'on montre agglomérées dans les vaisseaux sanguins, peuplant les infarctus des viscères, ce sont des produits morbides déjà organisés. Que, parmi ces microbes, il y en ait dont la présence soit constante, que ceux-là deviennent des signes caractéristiques de la maladie; c'est dans l'ordre : mais accorder à ces animalcules le pouvoir de cause formelle ; rien ne nous y conduit encore.

Il y a, dans cette science de l'étiologie animée, trop de solutions indéterminées, d'affirmations provisoires sur lesquelles on peut revenir demain.

Combien de motifs de réserve encore si l'on voulait con-

sidérer la physiologie, la vie intime de ces animalcules. Sur ces extrémités des règnes de la nature, n'est-ce pas le domaine des existences éphémères des métamorphoses et des générations alternantes. Autant de problèmes énormes sans oublier celui des générations spontanées qui réclameront leur part.

Il est assurément permis de suspendre son jugement.

Quant à la diathèse purulente nous ne savons pas voir les clartés nouvelles que lui apporte l'étiologie parasitaire, ni la connaissance des symptômes, ni celle des lésions, ni celle des mouvements morbides n'y ont gagné quelque chose.

Il est curieux au contraire de constater que tous les les travaux des bactériologistes ont été conçus et accomplis sous l'étroite dépendance des doctrines et des errements nosographiques que nous avons cru devoir de combattre. L'observateur, quoi qu'il en dise, est toujours l'homme d'une doctrine.

Proclamons-le une fois de plus. Les véritables conquêtes thérapeutiques sur ce terrain de la diathèse purulente, ce sont après la dénonciation des périls engendrés par l'encombrement des malades, les mesures hygiéniques adoptées contre les milieux méphytiques ; c'est le traitement antiseptique.

XVI

Il est permis de se demander qu'elles furent, qu'elles sont encore aujourd'hui les causes du refus d'adhésion à l'espèce morbide proposée sous le nom de diathèse purulente. Pourquoi les mêmes générations médicales qui ont accepté si promptement l'unité de la fièvre typhoïde substi-

tuée par Broussais à l'ancienne pyrétologie ont-elles fait opposition à une tentative de généralisation de l'ordre le plus élevé, non moins féconde en résultats cliniques et thérapeutiques.

La fièvre typhoïde a remplacé les grandes fièvres continues; la diathèse purulente ne devait pas exercer une influence moins décisive sur la classe des remittentes.

Les obstacles ont été de deux natures. En premier lieu la question a été mal posée; en second lieu, elle a soulevé des répulsions doctrinales, de toutes les plus obstinées.

Ce fut une circonstance fâcheuse que la maladie ait été introduite dans le courant médical comme un simple accident. Un malade était opéré; un état morbide spécial s'emparait de lui, on voyait la suppuration tarir dans les plaies, à l'instant une hypothèse fut instituée; le pus était, dit-on, passé dans le sang par la voie d'une phlébite ou par résorption. Une seconde hyphothèse succède à la première : le pus, ce produit morbide à l'ordinaire jugé inoffensif une fois reconnu dans les caillots intra-veineux, dans des abcès métastatiques, devient subitement un agent déléthère d'infection.

Ici les hypothèses s'accumulent, le mot *infection* reçoit la mission de représenter les poisons morbides, les innombrables altérations des liquides attribuées à la septicémie. Le dernier terme, c'est l'invasion de l'organisme par les microbes pathogènes.

Toujours l'état du malade vu à travers le prisme de l'accident; jamais la maladie envisagée en soi.

Quels sont les motifs de répulsion qui procèdent des doctrines.

La diathèse purulente est définie par ses partisans : *une maladie caractérisée par la tendance des solides et des liquides*

de l'économie à subir la transformation purulente. Cette définition a eu le sort de soulever l'opposition la plus persévérante. On lui reprochait ce qui, à notre sens, en est le mérite. Elle se contente de mettre en évidence le signe capital de la maladie : la production du pus partout, sans chercher à l'expliquer. Au lieu de se rendre compte des motifs de cette rupture avec l'organicisme et les partisans de l'étiologie parasitaire, les adversaires ont voulu voir ici, on ne sait quelle tendance mystérieuse, quelle prétention d'ontologie et de philosophie dominatrice. Rien de cela. La définition que l'on vient de lire ne demande pas davantage au lecteur que celle de la diathèse cancéreuse. Que l'on lise tissu cancéreux au lieu de suppuration, la formule reste la même.

Il est vrai que cette définition se rattache à la doctrine étiologique traditionnelle. Or que veut la tradition vitaliste à cet égard? Elle enseigne que toutes les maladies existent chez l'homme à l'état de causes internes, à l'état de puissance, sous la forme de *prédispositions définies*. Autant de maladies, autant de prédispositions. Les causes externes sont des circonstances occasionnelles purement révélatrices.

Après tout, dans le perpétuel conflit des écoles, cette doctrine de la prédisposition tient toujours sa place. Ne la voyons-nous pas imposer des compromis aux bactériologistes eux-mêmes : car, n'est-ce pas faire une réserve à l'endroit de la prédisposition que de dire : l'organisme conserve sa spontanéité en présence des agents infectieux venus du dehors. Il faut, disent les partisans les plus qualifiés de l'étiologie nouvelle, que l'organisme soit en état de réceptivité ou d'opportunité morbide pour que le microbe puisse évoluer. L'organisme, est-il dit encore, conserve

aussi les caractères de la spontanéité en présence des microbes dans la manifestation des formes d'une même maladie.

En vérité. ces réserves ne sont-elles pas un retour par voie inconsciente ou détournée à la pathologie générale de nos anciens maîtres que l'étiologie parasitaire devait mettre à néant.

La lutte des doctrines demeure donc toujours active. Sur ce terrain de la diathèse purulente elle n'est pas près de finir. Ajoutons qu'elle n'a pas été infructueuse et que la science y a trouvé honneur autant que profit.

Considérant cette longue controverse, il nous plaît d'y constater la place distinguée occupée par les médecins français. C'est l'un d'entre eux qui a introduit la question en proposant la définition, la description, enfin la nosographie entière d'une maladie que personne ne soupçonnait avant lui.

La part de travail des opposants n'a pas été moins honorable. Les plus importantes questions de médecine, de chirurgie, d'hygiène, ne sont-elles pas intervenues à travers ce débat sur la diathèse purulente auquel ont participé depuis cinquante ans la presse périodique et les livres, les académies et les sociétés savantes dans le monde entier.

Dr Edouard Dufresne,
de Genève.









TRAVAUX DU Dr E. DUFRESNE

De la fièvre puerpérale. Son identité avec la diathèse purulente. Thèse inaug. Paris, 1846.

De l'influence des doctrines dans la science médicale. Brochure in-8° publiée dans le *Correspondant*. Paris, 1850.

Notice sur Frédéric Ozanam. Brochure in-8. Genève, 1853.

De la diathèse purulente. Mémoire publié dans le Recueil des Travaux de la Société médicale de Genève. 1853.

Étude sur l'anasarque, l'albuminurie et les lésions des reins dans quelques maladies *Art médical*. Paris, 1855.

Étude critique sur le Traité des maladies des enfants, des docteurs Rilliet et Barthez. In-8°, 51 pages. *Bibliothèque universelle de Genève*, 1855.

Note sur un cas de méningite tuberculeuse, terminée par une apoplexie méningée. *Art médical*. Paris, 1856.

La Grippe a Genève pendant les mois de janvier, février et mars 1858. *Art médical*. Paris, 1858.

La variole a Genève pendant l'année 1858. Mémoire de 55 pages. *Art médical*, 1859.

La rougeole a Genève pendant l'hiver de 1859 a 1860. *Art médical*. Paris, 1860.

Emploi de la belladone dans la passion iliaque. Deux observations. *Art médical*, 1860.

Pathogénésie de l'iode a propos de l'iodisme. *Art médical*, 1860.

Critique de la clinique du docteur Trousseau. *Art médical*, 1860 et 1863.

Notice sur le docteur Longchamp, de Fribourg. *Art médical*, 1860.

De la cachexie exophthalmique. *Art médical*, 1861.

Notice sur le docteur Rilliet, de Genève. *Art médical*, 1861.

Étude critique sur l'Ontologie naturelle de M. Flourens. *Art médical*, 1861.

Faits cliniques. Contracture des extrémités, rhumatisme et cardo-aortite, iodisme. *Art médical*, 1861.

De l'unité de l'espèce humaine à propos du livre de M. de Quatrefages. *Art médical*, 1862.

Clinique médicale du docteur Graves : Étude critique. *Art médical*, 1862.

Note sur un cas de leucocythémie. *Art médical*, 1862.

Analyse critique du Traité d'anthropologie physiologique et philosophique du docteur Frédault. *Correspondant*. Paris, 1863.

Des formes de la diathèse purulente. *Art médical*, 1863.

Davos. — Une station d'hiver pour les phthisiques. Genève, 1878.

Du présent et de l'avenir des populations de langue française dans l'Amérique du Nord. Genève, 1880. Journal *Le Globe*.

Notice sur le comte d'Antioche. Chambéry, 1882.

Histoire des plantes cultivées d'après M. Alph. de Candolle. Journal *Le Globe*. Genève, 1884.

Documents pour l'étude de la diathèse purulente. *Art medical*. Paris, 1886.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille. 3